Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA A

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 30 de Outubro de 1908

PARA SER DEFENDIDA

POR

Francisco de Castro da Silveira Fradi

Natural do Estado do Pará

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

PROSTATECTOMIA DA PROSTATA HYPERTROPHIADA

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

Typ. e Encadernação do Lyceu de Artes

Prudencio de Carvalho, director

1908

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR — Dr. AUGUSTO CESAR VIANNA

VICE-DIRECTOR — Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histologia.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e physiologia pathologicas.
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Josino Correia Cotias	Medicina legal e toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
	5.ª SECÇÃO
Braz Hermenegildo do Amaral	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira.
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira.
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica, 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica, 2.ª cadeira.
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, pharmacologia e arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
	12. SECÇÃO
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão Julio Sergio Palma	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Antonino Baptista dos Anjos	5.ª »
João Americo Garcez Fróes	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.ª »
J. Adeodato de Sousa	8.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Albino A. da Silva Leitão	11. »
Mario C. da Silva Leal	12. »

SECRETARIO — DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

Prostatectomia da prostata hypertrophiada

PROSTATECTOMIA DA PROSTATA HYPERTROPHIADA

Considerações geraes

Actualmente a prostatectomia é uma operação cirurgica de alto valor, da qual muitos cirurgiões têm feito larga pratica, com resultados bastante satisfatorios, apezar dos innumeros casos de insuccessos creados geralmente pelas complicações que surgem após este tratamento, e que muita vez são favorecidos pela falta de audacia da parte dos operadores, como acontece na prostatectomia da prostata hypertrophiada, em que o cirurgião terá grande probabilidade de ser bem succedido, se fizer a ablação de toda a massa do tecido pothologico, quer esta esteja situada nos lobos lateraes quer se origine da parede vesical posterior conforme pensa Mansell Mullin.

Gilbert Barling commenta um caso importante de prostatectomia coroada de feliz exito, graças á sua intervenção franca sobre todo o tecido prostatico hypertrophiado, uma vez que a glandula soffreu a degeneração fibrosa; porém, tratando-se de uma prostata um tanto molle e adenomatosa, deve-se extirpar simplesmente uma pequena porção glandular, o que poderá determinar a retracção da glandula

provavelmente auxiliada pela condensação e contracção do seu tecido.

Foi Guthrie quem primeiro teve a idéa de praticar a excisão dos lobos prostaticos hypertrophiados com um instrumental apropriado e inventado por Mercier.

Foi Kuchler quem primeiro fez a prostatectomia n'um cadaver cuja prostata era cancerosa; e é a Billroth que a cirurgia felicita por ter sido elle o primeiro a proceder aquella operação no vivo, portadòr de um carcinoma prostatico.

Depois que Billroth divulgou o seu processo operatorio, muitos cirurgiões, alguns dos quaes, como Demarquay, Spanton, Harrison e outros procuraram imital-o praticando varias prostatectomias que, talvez pelas condições pouco favoraveis do organismo ou pelo estado pathologico todo especial do orgão prostatico, como tambem pela imperfeição do methodo operatorio por elles empregados, eram quasi sempre acompanhadas d'um prognostico fatal. No vivo as affecções prostaticas que requerem a prostatectomia, como a hypertrophia, etc. não permittem a execução facil e correcta da ablação total da glandula, como se pratica no cadaver.

E' assim que, se no morto, uma serie de actos operatorios

são executados facilmente com o fim de libertar a prostata, taes como, desprendimento do recto, secção transversa da porção membranosa, libertação lateral da prostata, secção transversa do funil vesical mais ou menos rente ao collo, sutura da porção urethral ao corte cervical da bexiga, no individuo vivo, todas estas operações, se bem que magistralmente realizadas não poderão deixar de, muitas vezes, acarretar resultados funestos.

Para comprovar a minha asserção, nada mais facil do que reproduzir varias experiencias feitas n'este sentido por um não pequeno numero de cirurgiões; contentando-me porém em lembrar algumas d'ellas.

O professor Demarquay tendo feito a prostatectomia total com a resecção da porção inferior do recto e do fundo da bexiga, assim como a extirpação das vesiculas seminaes, esperava que os laureis da victoria lhe viessem coroar a fronte restabelecendo dentro em pouco o seu doente; mas elles não a quizeram, para engrinaldarem com mais brilho e esplendor a livida face da morte que ceifava após sete dias de martyrios a vida preciosa do doente.

Leisrink, excisando o canal prostatico e suturando a porção urethral a porção vesical, viu com grande desgosto morrer o seu operado no fim de quatorze dias.

Czerney, operando dous individuos portadores de lesões prostaticas, não foi menos infeliz que aquelles dous cirurgiões; pois no fim de oitenta e dous dias o primeiro doente fallecia de collapsus, devido à grande perda de liquido sanguineo; emquanto que o segundo, viveu apenas algumas horas, observando-se pela autopsia desprendimento dos pontos de sutura que uniam a meia circumferencia superior da bexiga ao bordo correspondente da urethra, ficando a outra porção circumferencial vesical completamente livre por imposibilidade de sua sutura.

E é, attendendo a todos estes factos passados no campo cirurgico da prostata, que muitos cirurgiões diagnosticando certos estados pathologicos da glandula, como a hypertrophia, recusam-se a proceder a prostatectomia para lançarem mão de outros processos operatorios por elles reputados mais praticos e menos compromettedores da vida do doente.

E' assim que o Dr. Broom da America do Norte qualifica a prostatectomia de um processo injustificavel como tratamento da hypertrophia prostatica, visto como muitos dos seus doentes accommettidos d'este mal curaram-se completamente após o emprego de um tubo de drenagem supra pubico usado por alguns mezes.

Wishard tratava a prostata hypertrophiada punccionando duas a seis vezes os seus lobos lateraes com um pequeno galvano-cauterio, atravez d'uma incisão feita no perineo e pela qual se descobria a prostata por meio d'um speculum de Fergusson.

No dizer de Mansell Moulin o valor da prostatectomia não está na destruição do tecido hypertrophiado, e sim nas modificações por que passa a glandula durante a sua drenagem.

Sob o ponto de vista theorico, a prostatectomia constitue o tratamento radical da prostata hypertrophiada; porém na pratica ella perde grande parte do seu valôr curativo, attendendo aos multiplos obstaculos encontrados em todo o departamento occupado pela prostata, desde o começo da operação até depois d'ella effectuada, e os quaes constituindo verdadeiros espantalhos aos cirurgiões, obrigam-nos a mór parte das vezes a não realisarem a intervenção e mesmo a abandonarem completamente a idéa de actuarem cirurgicamente sobre o tecido da glandula.

Estas barreiras oppostas á execução da operação e aos seus beneficos effeitos são representadas pela hemorrhagia, pela absorpção septica ou pyemica, pelo despedaçamento mais ou menos longo do collo da bexiga e da urethra pro-

funda, pela extirpação insufficiente, pela idade avançada etc. A hemorrhagia provém dos plexos venosos prostaticos e difficilmente pode ser sustada.

A absorpção septica é determinada pelo contacto da urina com a ferida, dando logar ás manifestações d'uma infecção, a principio localisada e que depois se generalisa por todo o organismo.

Desde que, porém, estes obstaculos sejam obviados ou mesmo attenuados, a prostatectomia impõe-se como um excellente tratamento da prostata hypertrophiada.

Antes de realisar-se a prostatectomia, é necessario conhecer o valor contractil das fibras musculares que entram na constituição da bexiga, com o fim de, uma vez suppressa a causa provocadora das diversas perturbações da glandula prostatica e dos orgãos visinhos, haver o funccionamento physiologico, normal d'aquelle deposito urinario; isto é, o gráo de contratilidade das suas paredes deve ser sufficiente para eliminar os productos imprestaveis ao organismo e dotado de grande toxidez.

Assim sendo, é consciencioso proceder ao exame da força contractil da bexiga, e para que o consigamos é mister praticar o catheterismo; e da maior ou menor força com que

a urina é eliminada calcula-se facilmente a força motora do sacco vesical.

Ha casos porém, em que o tecido muscular da bexiga, tendo perdido a sua energia contractil, não contra-indica a prostatectomia, visto tratar-se muitas vezes d'uma paresia ou paralysia temporarias da bexiga, ligadas a uma congestão ou mesmo a uma infecção que debelladas restituem á musculatura vesical o papel que ella deve representar physiologicamente.

Numerosas tentativas foram feitas com o fim de substituir a prostatectomia por outras operações que embóra muito simples não tem dado resultados satisfatorios.

E' assim que muitos cirurgiões abandonaram por completo a prostatectomia para recorrerem á prostatotomia electrolitica de Bottini, á castração, á resecção dos vasos e nervos do cordão espermatico, á resecção dos canaes deferentes; porém todas estas operações são consideradas como tratamentos palliativos dos estados hypertrophicos da prostata, apezar da alta importancia que certos cirurgiões querem dar a algumas d'ellas, como por exemplo á operação de Bottini, frequentemente empregada por Willy-Meyer, Nicolich von Frisch e até mesmo pelo professor Rochet.

Um outro tratamento de que elles se serviam para combater a hypertrophia prostatica é a massagem, muito utilizada principalmente na hipertrophia da prostata de forma adenomatosa e congestiva onde os seus effeitos são bastante accentuados, assim como no abcesso da prostata em que ella é empregada isolada ou associada á dilatação; emquanto que em outras lesões prostaticas a massagem deve ser contra indicada, porque vae necessariamente occasionar complicações que importarão n'um maior ou menor estado de gravidade para o doente.

A prostatectomia só por si é capaz de restituir a saúde a um individuo portador de hypertrophia da prostata, se não sobrevierem graves complicações; e nenhum outro tratamento, quer medico quer cirurgico, gosa de effeitos mais satisfatorios do que os produzidos pela intervenção sobre uma parte ou a totalidade do tecido glandular.

E se esta operação deixa-se ficar no esquecimento ou mesmo ao desprezo de muitos operadores é simplesmente porque, além das complicações já alludidas, a sua technica é de grande difficuldade.

Conforme as condições pathologicas da prostata, a sua ablação pode ser total ou parcial.

A primeira d'estas duas prostatectomias constituiria o

tratamento radical das alterações hypertrophicas da prostata, porque supprime de vez a lesão provocadora das perturbações da glandula, se não fosse depender da grande habilidade do cirurgião, das manobras bastante complexas, da possibilidade de lesar os orgãos visinhos, da abundante hemorrhagia proveniente dos vasos que vascularisam as regiões perineal e prostatica e da menor resistencia do organismo, especialmente tratando-se de individuos com idade avançada.

Além d'isto, a prostatectomia total não pode ser empregada em todos os casos. Attendendo-se ás disposições especiaes da glandula prostatica, como por exemplo quando ella envia prolongamentos que se ramificam na bexiga, tornando-se d'est'arte impossivel a libertação do collo vesical, a extirpação do orgão glandular em sua totalidade é irrealisavel.

A prostatectomia total só deve ser indicada nos casos em que ha grande hypertrophia da prostata tornando-se muito proeminente ao nivel do recto.

Foi Alexandre quem, em 1894, praticou uma prostatectomia total.

Depois d'elle, Hotchkiss e Bandet reproduziram aquella operação sendo bem succedidos.

A prostatectomia total é tambem indicada quando o tecido hypertrophiado soffreu uma transformação que irá comprometter seriamente a saude do doente.

De todos os processos empregados na ablação total da glandula aquelle que melhor se recommenda é o de Roberto Proust e que será descripto mais adiante.

Quanto a prostatectomia parcial, diremos que as honras cabem a Guthrie quem primeiro propoz a extirpação parcial da glandula, como tambem a Mercier que, tanto quanto aquelle cirurgião, concorreu para a realisação da operação parcial da prostata creando apparelhos especiaes.

Jacobson, Civiale e outros apresentaram novos instrumentos cirurgicos que se distinguiam dos de Mercier por algumas modificações que elles acreditavam lhes offerecessem resultados mais satisfatorios, o que não conseguiram devido a abundantes hemorrhagias e a outras complicações subsequentes á operação, como a infecção, etc.

E aquelles cirurgiões continuavam silenciosamente a estudar os meios de obviar as complicações da operação, dando novas feições aos seus instrumentos, quando surge Bottini apresentando um apparelho denominado prostatotomo galvanico, tendo a forma de uma sonda de Mercier e constituido por duas hastes de cobre isoladas por uma

lamina de platina em forma de V tendo por supporte um cylindro de porcelana.

Este apparelho foi muito pouco empregado por Bottini que o substituiu por um outro composto d'um primeiro ramo representando a faca thermica e d'um segundo ramo que protege e guia a lamina incandescente.

Um dos ramos offerece um duplo canal que dá passagem a uma corrente d'agua com o fim de resfriar o instrumento.

Antes de applicar-se o apparelho, querem alguns cirurgiões que a bexiga esteja completamente vasia; outros porém penetram n'ella quando cheia d'um liquido aseptico ou de ar, receiando incisar juntamente com o tecido prostatico uma dobra do sacco vesical.

Faz-se penetrar o apparelho tendo-se o cuidado previo de regularisar a corrente electrica, e quando o bico instrumental chegar á bexiga, dá-se-lhe uma disposição tal que a porção glandular a extirpar-se possa ser abrangida pelo apparelho.

Depois de estabelecida a corrente faz-se resfriar a apparelho deixando-se circular agua n'um dos seus ramos.

Faz-se com que a lamina incandescente se dirija para diante, penetre na prostata e antes de introduzir-se o ramo macho aquece-se ao branco a faca do thermo-cauterio para

destruir as partes adherentes de escharas, e então suspende-se a corrente.

A incisão feita com este apparelho deve variar de dous a tres centimetros de extensão e até mesmo pode attingir a seis centimetros conforme querem Meyer e Freudenberg.

Esta operação não constitue um tratamento efficaz da hypertrophia prostatica, e tanto assim, que após o seu emprego a glandula pode hypertrophiar-se e os tumores n'ella localisados podem reproduzir-se em um outro ponto differente d'aquelle destruido pelo apparelho de Bottini.

Esta operação é applicavel aos casos em que existem pequenas hypertrophias transversaes ou em barras e nas bexigas não infeccionadas, reservando-se as saliencias dos lobos lateraes á prostatectomia subpubiana.

A mortalidade produzida por esta operação é na media de 12/00; e esta proporção seria muito menor, se não fossem certas complicações, taes como: hemorrhagia, perfuração vesical, embolia pulmonar, suppurações peri-vesical e peri-prostatica.

A prostatectomia parcial é tida como uma boa operação attendendo-se aos resultados satisfatorios que ella offerece aos doentes, e os quaes se traduzem pela diminuição ou mesmo pelo desapparecimento das dores, das hemorrha-

gias, etc.; e se ella encontrar no organismo humano todas as boas condições exigidas para o feliz exito da operação, as melhoras bastante accentuadas dos symptomas ligados á hypertrophia apparecerão em pouco tempo e até mesmo a cura não se fará esperar muitas vezes.

Quatro são as vias por que chegaremos ao departamento prostatico e as quaes nos conduzem a actuar cirurgicamente sobre a glandula.

A *via urethral* é exclusivamente escolhida para a realisação da operação de Bottini e que hoje deixa-se ficar a margem pelas vantagens que tem sobre ella a prostatectomia por via perineal.

A *via rectal* é utilizada quando queremos eliminar o pus colleccionado no tecido da prostata.

A *via endovesical* é preferida sempre que se quizer actuar sobre o tecido da glandula com o fim de fazer a ablação do lobo mediano ou quando se pretende extirpar todo o orgão prostatico.

A *via perineal* é muito aconselhada nos casos em que formos obrigados a abordar a glandula. D'estas vias aquellas que mais se impoem pela sua importancia são: a *perineal*, a *endovesical* e a *combinada*.

Via perineal. Estudos anatomo-topographicos

Dá-se o nome de perineo, ao espaço comprehendido entre o anus e os orgãos genitaes.

Elle tem como limite posterior uma linha transversal passando pelas duas tuberosidades do ischion, e por limite lateral os ramos ascendente do ischion e descendente do pubis.

O perineo apresenta-se com a forma triangular cujo apice está voltado para a symphyse pubiana e acha-se dividido por um raphe em duas metades iguaes.

A região perineal divide-se em duas porções: uma anterior ou genito-urinaria e outra posterior ou recto-anal.

Estas duas porções estão separadas pela linha bi-ischiatica ou pelo bordo posterior dos musculos transversos do perineo.

As camadas que entram na constituição da região perineal são as seguintes: *pelle*, *tecido cellular sub-cutaneo*, *fascia superficialis*, *aponevrose perineal superficial*, *primeira camada muscular*, *aponevrose perineal media*, *se-*

gunda camada muscular, aponevrose perineal superior, camada cellulosa subperitoneal e *peritoneo.*

PELLE—A pelle perineal é bastante delgada e tanto mais quanto mais proximo do anus; em a sua parte mediana encontra-se um raphe.

Esta pelle é desprovida de mobilidade devido á inserção das fibras musculares do recto em a sua parte profunda.

Ella é muito rica em glandulas cebaceas.

FASCIA SUPERFICIALIS — Este fascia divide-se em duas laminas: uma superficial e outra profunda. A primeira se confunde com os tecidos visinhos; e a segunda se continua com o dartos e com o esphincter externo.

Preenchendo o espaço deixado pelas duas laminas encontra-se tecido adiposo mais ou menos abundante e que dá maior ou menor espessura ao perineo.

A APONEVROSE PERINEAL SUPERFICIAL OU INFERIOR— Situada abaixo do fascia superficialis tem a forma triangular, apresentando dous bordos lateraes, uma base, um apice e duas faces: uma inferior e outra superior.

Pelos seus bordos ella se fixa nos ramos ischion-pubianos; pelo seu apice voltado para diante, ella continua-se com a bainha filrosa do corpo esponjoso da urethra; e pela base

vemos a sua continuidade com a aponevrose do elevador do anus.

A sua face inferior está em relação com a pelle; e a face superior passa por sobre os musculos: *transversos superficiaes*, *bulbo-cavernosos* e *ischio cavernosos* aos quaes ella dá bainhas muito delgadas. Ao nivel do triangulo ischio-bulbar esta aponevrose põe-se em relação com a aponevrose media da qual ella está separada pelo tecido adiposo.

PRIMEIRA CAMADA MUSCULAR — Abaixo da aponevrose perineal superficial existem tres musculos que se dispoem de modo a formarem um triangulo denominado ischio-bulbar, cuja base dirige-se para baixo e para traz e é constituida pelo musculo *transverso superficial* de Cruveilhier que se insere na face interna da tuberosidade ischiatica, dirige-se para dentro e para diante vindo fixar-se no raphe perirectal.

Seu bordo externo é representado pelo musculo *ischio-cavernoso* collocado por traz do ramo ischio-pubiano, e se insere por um feixe interno sobre a face interna do ischion e por um feixe externo, no ramo ischio-pubiano.

Estes feixes a principio distinctos, reunem-se depois de

um curto trajecto, dirigindo-se para cima, para diante e para dentro e vão se terminar por algumas fibras no corpo cavernoso e pelas outras fibras n'uma aponevrose resistente que se confunde com o involucro do corpo cavernoso.

O bordo interno é constituido pelo musculo bulbo-cavernoso collocado adiante do esphincter do anus; e toma inserção no raphe mediano anu-bulbar, dirigindo-se as suas fibras obliquamente para fora, para diante e para cima e se terminam as fibras posteriores sobre a face superior do bulbo, entrecrusando-se com as fibras do lado opposto; e as fibras anteriores reunidas em um feixe se terminam ou no involucro fibroso do corpo cavernoso ou na linha mediana, por meio de uma expansão fibrosa.

Na area circumscripta pelo triangulo encontra-se tecido adiposo em quantidade variavel.

Aponevrose perineal media tambem denominada ligamento perineal de Carcassonne, ligamento subpubiano, ligamento suspensor da urethra, aponevrose pubo-rectal, diaphragma uro-genital, tem a forma triangular de apice voltado para a symphyse e a base dirigida para o bordo posterior dos musculos transversos superficiaes.

Pelos seus bordos ella prende-se ao labio posterior dos ramos ischio-pubianos.

Esta aponevrose por sua face superior está em relação com o musculo de Wilson, com o plexos de Santorini, com o sphincter externo da urethra e com a prostata sobre a qual ella descança; e por sua face inferior ella guarda as seguintes relações: musculos transversos superficiaes, posteriormente; musculos ischio-cavernosos, lateralmente; e na parte media, com o bulbo da urethra.

Esta aponevrose é constituida por duas laminas: uma inferior e outra superior.

O primeiro folheto tambem denominado ligamento triangular da urethra é atravessado pela porção membranosa da urethra, pelos vasos e nervos dorsaes do penis e se insere anteriormente na symphyse pubiana e lateralmente na arcada do pubis.

O folheto superior forra a face inferior do elevador do anus, funde-se ao folheto inferior ao nivel do bordo posterior do musculo transverso superficial, depois elle destaca-se ao nivel do transverso profundo e vem se terminar á face inferior do elevador do anus a quem elle acompanha até ás suas inserções no pubis.

Lateralmente, este folheto dirige-se para cima ao longo das partes lateraes da prostata, constituindo a *aponevrose lateral da prostata* que separa a glandula prostatica do

recto e vem se perder nas partes lateraes d'este ultimo orgão.

Na parede posterior da prostata existe uma lamina de tecido fibro muscular e denominada *aponevorse posterior da prostata ou prostato peritoneal*, que se une inferiormente á *aponevrose lateral* e se continua superiormente com o tecido cellular subperitoneal do fundo-de-sacco recto-vesical.

A SEGUNDA CAMADA MUSCULAR é representada pelos musculos de Wilson, elevador do anus e ischio-coccygiano e ainda mais pelo plexus de Santorini.

Musculo de Wilson — Este musculo é considerado por alguns anatomistas como sendo formado por alguns feixes que, contornando a urethra membranosa, vêm se inserir no pubis; outros o consideram como sendo formado artificialmente pela dissecção e não sendo outra cousa senão as fibras longitudinaes da bexiga; outros acreditam que este musculo faça parte do elevador do anus e do transverso profundo do perineo; outros como Cadiot e Poulet negam a existencia propria d'este musculo, o que hoje está provado contrariamente, attendendo-se ao facto d'elle conservar-se perfeitamente distincto em alguns individuos.

As fibras que o constituem dirigem-se da aponevorse

perineal media e da symphyse pubiana á parte posterior da região membranosa da urethra.

Elevador do anus —Parte da parede lateral da pequena bacia se dirige para baixo e para dentro e no estreito inferior da bacia as suas fibras tocam-se ou mesmo cruzam-se com as do lado opposto, confundindo-se com as fibras dos transversos do perineo e com as fibras dos sphincter.

Ischio-coccygiano—Este musculo está collocado atráz do elevador do anus e se estende da espinha sciatica e do pequeno ligamento sacro-sciatico ao bordo do coccyx.

Entram na sua constituição fibras musculares e fibras elasticas, o que fazem d'elle um orgão rudimentar, notando-se muitas vezes predominancias de fibras elasticas.

APONEVROSE PERINEAL SUPERIOR OU PROFUNDA tambem chamada *aponevrose pubiana ou fascia pelvico.* E constituida pela reunião das aponevroses dos musculos elevadores do anus, ischio-coccygianos, obturadores internos e pyramidaes e as quaes se justapoem e se soldam pelos seus bordos. Ella apresenta um bordo externo, outro interno· uma face superior e outra inferior.

E' uma aponevrose bastante resistente que se insere pelo seu bordo externo na linha innominada, se estendendo até

a symphyse sacro-iliaca de onde ella desce na chanfradura sciatica, acompanha o musculo pyramidal e attinge a face interna da primeira vertebra sacra; e pelo seu bordo interno ella toma inserção na lamina superior da aponevrose perineal media e na face anterior da columna sacro-coccygiana. Esta aponevrose é representada anteriormente pela aponevrose superior do elevador do anus que se divide em uma zona superior collocada acima da prostata e em uma zona inferior tambem denominada *aponevrose lateral da prostata* ou *aponevrose pubo-rectal.*

Quanto as suas duas faces, a superior é mais importante do que a inferior pelas relações que ella guarda com os orgãos vizinhos; é assim que ella corresponde á empola rectal, á bexiga, á prostata, á porção inicial da urethra membranosa, ao peritoneo, etc.

Estas aponevroses pelvianas formam duas lojas que se distinguem em inferior e superior.

Loja inferior ou peniana — é constituida pelas duas aponevroses: superficial e media, e se estende do bulbo a porção basal da glandula.

N'esta loja encontram-se o bulbo da urethra, a porção esponjosa da mesma, as glandulas de Mery etc.

Loja superior ou prostatica — Na sua constituição

entram os ligamentos pubio-vesicaes, para cima e para diante; a aponevrose prostato-peritoneal e a lamina superior da aponevrose media, para traz e para baixo e a aponevrose lateral da prostata.

Os ligamentos pubo-vesicaes apresentam entre os seus feixes pequenos espaços por onde passam veias um tanto calibrosas.

A aponevrose prostato-peritoneal se dirige do fundo de sacco peritoneal ao bordo posterior do ligamento da Larcassonau a cujo folheto superior ella se continua. Elle forra a face posterior da prostata. Esta aponevrose offerece uma pequena resistencia, d'onde ella ser facilmente invadida pelo pús.

A aponevrose lateral da prostata apresenta uma face interna e outra externa e dous bordos que se distinguem em superior e inferior. Ella vae do pubis ao recto e está collocada entre a aponevrose perineal superior e a aponevrose prostato-peritoneal nas quaes ella toma inserção.

Esta loja contém a prostata, o musculo de Wilson e veias que formam tres plexos: um anterior ou plexos de Santorini e dous lateraes situados aos lados da prostata.

Prostatectomia perineal

Segunda as vias escolhidas para abordar-se a glandula prostatica, a prostatectomia divide-se em perineal, suprapubica ou transvesical e mixta quando se actua sobre a prostata pelas vias perineal e hypogastrica combinadas.

A prostatectomia perineal tambem chamada talha perineal ou talha mediana foi pela primeira vez utilisada por Guthrie em 1834, sendo mais tarde (1874) modificada por Socin.

Esta operação, além de muito difficil, offerece um campo operatorio bastante reduzido, o que impede a extirpação completa de toda a porção prostatica alterada.

Apezar d'este inconveniente esta via é recommendada.

A prostatectomia perineal pode ser classificada em *subtotal* e *tòtal*.

A primeira conserva a porção prostatica da urethra, emquanto que a segunda exige a sua extirpação.

PROSTATECTOMIA PERINEAL SUBTOTAL. — Para a execução d'esta operação, não é mister o emprego de instrumentos cirurgicos especiaes.

As pinças de hemostasia, os afastadores de Farabeuf, bisturis, pinças anatomicas, sondas metallicas, catheter, desencravador, etc., eis o instrumental necessario para nos conduzir ao campo occupado pela prostata e libertar o organismo d'uma parte do tecido glandular lesado ou da sua totalidade.

O individuo que vae submetter-se á prostatectomia perineal deve ser collocado de modo que a região perineal torne-se horisontal, sem dobra cutanea.

Para isto, é necessario que o paciente deite-se sobre o sacro e em um plano inclinado no qual o perineo esteja occupando uma posição superior ao do resto do tronco; as coxas são mantidas afastadas e flexionadas sobre a bacia, as pernas em flexão sobre as coxas e fixadas a dous supportes verticalmente dispostos.

A esta posição dá-se o nome de sacro-vertical ou perineal invertida.

Depois da asepsia rigorosa do perineo, das mãos do operador, dos instrumentos cirurgicos e uma vez lavada a bexiga com uma solução antiseptica, conservando-se um catheter na urethra, evacuado o recto e anesthesiado o doente quer pelas inhalações chloroformicas quer pelas injecções intrarachidianas de stovaina, faz-se uma incisão

curva medindo 9 centimetros de extensão de cóncavidade voltada para traz, a dous dedos transversos acima do anus e se estèndendo d'um ischion ao outro e a qual comprehende a pelle e o tecido cellular subcutaneo.

Isto feito, observa-se, proeminando na linha mediana, uma saliencia na qual se reconhece, por meio de pequenas incisões sobre uma sonda cannellada, a extremidade posterior do bulbo com o seu musculo bulbo-cavernoso ; encontra-se ainda mais a extremidade anterior do sphincter externo do anus e os musculos transversos superficiaes.

Secciona-se transversalmente a cruz aponevrotiva superficial com o bisturi voltado para o umbigo e um pouco inclinado, afim de evitar que a ponta do instrumento lese o recto, o bulbo e a urethra.

Afasta-se o bulbo para diante e desvia-se o anus por meio de uma pinça applicada sobre o labio inferior da pelle.

Incisado o raphe anu-bulbar, o bulbo é desviado para diante ou contornado, segundo o seu volume.

Quando formos obrigados a contornar o bulbo deve-se respeitar a camada muscular que o envolve ; e elle uma vez isolado, observa-se na parte mediana a porção perineal do recto que se continua com o musculo recto-urethral e lateralmente, dous feixes anteriores dos elevadores

dirigidos de diante para traz e envolvidos por bainhas dependentes da aponevrose media.

Pela retroversão do anus isolam-se estes musculos d'uma parte de sua bainha e do musculo urethro-rectal que é seccionado ao nivel do bordo posterior da aponevrose media, e chega-se assim a uma cavidade rectro-prostatica que será bastante ampliada, introduzindo-se n'ella dous dedos parallelamente dispostos e dirigindo-se depois cado um d'elles para fora.

Por impericia ou por descuido pode-se penetrar n'uma falsa zona descollavel e comprehendida entre a tunica musculosa do recto e a aponevrose que a envolve; porem alguns signaes, taes como: descollamento difficil, musculatura rectal que serve de limite ao espaço e a hemorrhagia que acompanha o descollamento, nos desviarão d'esta zona para o verdadeiro espaço descollavel situado a alguns millimetros para diante, e no qual se observa posteriormente, o anus e o sphincter externo; anteriormente exisfe o bulbo e occupando a parte central, uma cavidade cuja parede posterior é lisa, branca e constituida pelo recto envolvido por uma serosa.

A parede anterior da cavidade supracitada offerece o mesmo aspecto que a precedente e é representada pela

prostata, estando mais profundamente collocado o fundo de sacco de Douglas.

Sendo desviado o recto para traz por meio de um afastador, põe-se á descoberta a face posterior da glandula prostatica.

Procura-se pela palpação o bico formado pela glandula e depois de bem delimitado, caminha-se guiado pela sonda urethral á brecha da urethra membranosa em cuja porção terminal se faz uma incisão de 2 millimetros que é prolongada á urethra prostatica numa extensão de 3 millimetros.

Na opinião do professor Proust basta incisar-se a urethra prostatica.

Substitue-se a sonda urethral applicada desde o começo da operação, por um desencravador com o fim de mostrar a direcção da urethra e fazer salientar a prostata por sua face posterior.

Sobre a capsula peri-glandular praticam-se tres incisões: uma mediana e duas transversaes que se distinguem em superior e inferior collocadas de cada lado da glandula, e então procede-se ao descollamento com a extremidade de uma tesoura fechada.

Hartmann descolla a capsula prostatica depois da abertura

da urethra, o que facilita o isolamento da prostata; emquanto que Albarram destaca o involucro capsular antes de abrir a urethra.

Anteriormente, o deslocamento capsular deve ser feito até quasi sobre a linha mediana, sendo que nas partes lateraes a desnudação glandular exige muito cuidado, afim de evitar hemorrhagias provenientes dos vasos que n'ellas se distribuem.

Depois de terminado o desprendimento da capsula, faz-se uma incisão comprehendendo toda altura do tecido prostatico e interessando a mucosa urethral, salvo na parte media da altura da glandula em que ella se limitará ao tecido do orgão prostatico.

Tendo-se como pontos de reparo a situação, a direcção do canal e ainda os bordos da mucosa, procede-se á ablação da prostata á qual se imprime movimentos lateraes para a sua apresentação no campo operatorio.

Isola-se o canal da urethra, conservando-lhe uma espessura sufficiente e faz-se a extirpação do lobo a principio de dentro para fora e depois de fora para dentro.

E para que o lobo adquira a sua completa liberdade nada mais facil do que seccionar os tractus implantados na parte

postero-superior da porção lobar, o canal differente e a visicula seminal.

E' prudente collocar uma ligadura n'estes dous ultimos orgãos, para evitar a orchite.

O lobo lateral prostatico pode ser retirado de uma só vez ou por fragmentos, isto dependente da natureza e do volume da hypertrophia.

O professor Albarram recommenda que seja reseccada a porção exuberante da urethra.

A sutura urethral começa pela extremidade vesical do canal com pontos separados, deixando-se uma abertura que dá passagem a uma sonda, para drenagem da bexiga, e a qual é fixada ao perineo, durante alguns dias, sendo depois substituida por uma sonda permanente, o que impede a formação de fistula.

Ha casos entretanto, em que se encontra grande difficuldade na introducção da sonda; e se facilitarmos a penetração guiando a sua extremidade com o dedo introduzido na ferida, arrisca-se a provocar hemorrhagias, augmento de temperatura etc.

O professor Albarram aconselha uma sonda com dous cotovellos.

A sonda com mandril tambem é utilisada. E quanto mais

poupada fôr a urethra durante a operação mais facil será o catheterismo.

Finalmente retira-se a valvula posterior, applicam-se alguns pontos de sutura nos musculos elevadores do anus, nos tecidos circumvisinhos e na pelle, cobrindo-se em seguida a região em que se praticou a operação com uma camada de algodão bastante espessa e disposta em torno da sonda, sendo ahi fixada por meio de uma faixa em forma de T.

Prostatectomia total com a ablação da urethra prostatica.—Esta operação se faz em dous tempos como na prostatectoma subtotal, com a differença porem, de naquella se praticar a secção da urethra membranosa, a extirpação da glandula e sutura da urethra á bexiga.

Tanto na ablação subtotal como na total a enucleação é sub-capsular.

A glandula uma vez isolada da sua capsula quer na face posterior quër nas partes lateraes, procura-se destacar a urethra ao nivel do bico prostatico, onde ella é seccionada transversalmente ; e por meio de duas pinças presas ao bordo inferior da glandula, executam-se movimentos provocados por tracções e que obrigam-n'a a dirigir-se para traz. E então, com ó auxilio de tesouras liberta-se a face

anterior glandular e secciona-se a urethra vesical acima do bordo superior da prostata, tendo-se o cuidado de não lezar o collo da bexiga, para o que se collocam dois fios em o seu nivel.

Continua-se a libertar a glandula pela sua face posterior, pinçam-se e seccionam-se os vasos vesico-prostaticos, o canal deferente e a vesicula seminal, retira-se toda a massa prostatica, liga-se e cauterisa-se os pediculos constituidos pelas partes supra mencionadas. Justapõe-se o corte urethral ao corte vesical e sutura-se, de maneira que os pontos não comprehendam a parte mucosa quer da urethra quer da bexiga.

Examina-se cuidadosamente o canal urethral para vêr se existe alguma solução da continuidade produzida durante a operação; e caso se encontre, a sutura e a drenagem perineal serão praticadas.

Nas intervenções da prostata por via perineal, póde acontecer que, durante o acto operatorio ou apoz elle, surjam certos accidentes involuntariamente creados pelo cirurgião e outras vezes por este determinados pela falta de cuidado ou de conhecimentos da região a operar; e estas complicações são representadas pelas lesões do recto, fistulas uro-perineaes, incontinencia urinaria transitoria ou per-

manente, difficuldades no emprego do catheterismo e lesões para o lado do apparelho genital.

Alguns d'estes accidentes podem ser evitados, outros raramente se apresentam, emquanto que outros como, perturbações genitaes muito frequentes na prostatectomia perineal e ligadas á lesão dos canaes ejaculadores e dos tecidos visinhos, devem preoccupar o operador toda a vez que se utilisar do perineo para as intervenções da prostata.

Prostatectomia transvesical ou supra-pubica ou ainda denominada hypogastrica

Foi Mc. Gill, de Leeds, quem primeiro fez a ablação da prostata por via supra-pubica, sendo depois reproduzida por Mayo Bobson com resultados bastante satisfatorios.

Esta operação é conhecida na Inglaterra pela designação de *operação de Mac-Gill.*

Buchston Bronne narra um caso de hypertrophia prostatica em que se tendo utilisado a via tranvesical para a extirpação da glandula, a cura foi completa no fim de 16 dias.

Tratava-se d'um individuo com 83 annos de edade e soffrendo de retenção urinaria.

Pelo toque rectal verificou-se que a prostata estàva um pouco augmentada de volume e que esta hypertrophia não era exagerada.

Apezar de se ter encontrado alguma difficuldade em se praticar o catheterismo, este foi feito.

Mais tarde submettendo-se a exame observou-se que a sua bexiga era acommettida de espasmo e de irritação que fizeram crêr na existencia d'um calculo; mas o doente sendo

sondado nada se encontrou que denunciasse a sua presença na bexiga.

Tempos depois, aggravando-se o seu estado de saude, a operação foi aconselhada, tendo-se servido, para effectual-a, da via supra-pubica.

Aberto o sacco vesical viu-se na parte inferior um tumor que nada mais era do que os lobos prostaticos hypertrophiados· sendo estes extirpados por torsão.

A hemorrhagia foi insignificante e os effeitos da operação foram os mais salutares possiveis para o paciente.

Esta operação não podia deixar de preoccupar os cirurgiões, attendendo-se á ausencia de complicações, aliás bastante communs nas edades avançadas.

Bazy fez tres prostatectomias por via hypogastrica em individuos que contava 74 annos de edade, apresentando um d'elles uma prostata pesando 120 grammas, e a cura foi completa em todos elles.

M. Pousson (de Bordeaux) actuando sobre a glandula pela via perineal, em 28 casos teve 4 fataes; e abordando-a pela via sub-pubiana contou em 22 casos operados 5 obitos.

Se bem que tivesse este cirurgião maior numero de obitos operando por via transvesical, esta é a unica que merece toda a sua confiança, não só porque facilita a

operação como ainda porque impede a fragmentação do tecido prostatico; vantagens estas que elle não encontrou na prostatectomia perineal executada em 18 casos nos quaes 14 offereceram grandes difficuldades para a extirpação do orgão glandular e 4 apresentaram taes embaraços que a enucleação tornou-se bastante penosa.

Alem d'isto a ablação prostatica transperineal se faz quasi sempre por fragmentação e as fistulas rectaes se produzem em muitos casos.

M. Carlier (de Lille) é de opinião que se dê preferencia á via transvesical por elle utilisada em 18 casos com esplendidos resultados.

Neste numero de prostatectomias transvesicaes, tendo elle feito num dos doentes uma incisão transversal abaixo do collo vesical, observou, horas depois da operação, retenção do liquido urinario; emquanto que nos demais individuos em que elle praticou uma incisão contornando o collo da bexiga, a micção se fez regularmente.

Entre as duas prostatectomias, transperineal e transvesical, A. Arnold acredita que a primeira, embora menos grave para o doente nem sempre tem effeito curativo; ao passo que a operação realisada pela região hypogastrica,

apezar de acarretar maiores damnos para o organismo, proporciona resultados mais satisfatorios.

Nas grandes hypertrophias da prostata acompanhadas de dilatação vesical determinada pelo accumulo de urina, a via alta ou supra-pubica é indicada, mesmo nos casos em que a glandula offerece pequeno volume.

O cirurgião M. Legueu aconselha que, quando se tratar de prostata adenomatosa, se escolhá de preferencia a via hypogastrica.

As más condições em que se achar o estado geral do individuo, devem proscrever a realisação da operação pela via alta.

Zuckerkandl submetteu á prostatectomia sessenta doentes, nos quaes utilisou-se das vias hypogastrica e perineal e os resultados obtidos foram os seguintes: dos trinta que soffreram a extirpação glandular pela via perineal morreram 4; e dos outros que foram operados pela via hypogastrica, 7 não puderam resistir.

Nas intervenções por via baixa aquelle operador contou duas fistulas urethro cutaneas e tres urethro-rectaes.

A incontinencia urinaria foi observada nas duas prostatectomias, porem, com maior frequencia na prostatectomia perineal.

As alterações do apparelho genital não foram assignaladas nos individuos que se sujeitaram á intervenção pela região hypogastrica, sendo muito frequentes nas operações do perineo.

Quanto á escolha da via a empregar, eu direi com os mestres que ella será feita de accordo com o volume, a forma macroscopica e a natureza microscopica da hypertrophia prostatica.

A prostatectomia hypogastrica pode ser parcial, subtotal ou total.

D'estas operações, a preferida é aquella que respeita a porção da urethra correspondente á glandula pela rasão de haver insignificante perda de liquido sanguineo.

Na America foi Belfielde que se utilisou da via alta nas intervenções parciaes da prostata, sendo bem succedido em alguns casos.

Guyon considerava a prostatectomia supra-pubica como incapaz de restabelecer o doente, quando se fazia a extirpação parcial da glandula.

Desnos, Pousson e outros tendo feito estudos especiaes, modificaram o manual operatorio e depois de varias prostatectomias parciaes sub-pubianas por elles effectuadas chegaram á conclusão de que esta operação não constitue um

tratamento radical, mas pode concorrer para a melhora dos symptomas determinados pela hypertrophia, principalmente quando se intervem a tempo.

Para a extirpação parcial do tecido glandular pela via sub-pubiana, colloca-se o doente em posição inclinada e applica-se-lhe um balão de Petersen com o fim de deslocar a prostata para diante e para cima, e faz-se uma incisão longitudinal de oito a dose centimetros sobre a parte media da parede anterior do abdomen, incisão esta que pode ser simples ou medio-bilateral quando se quizer produzir maior abertura.

Incisadas a linha alva abdominal e os bordos internos dos musculos rectos, observa-se o tecido adiposo prevesical, atraz do qual se percebe pela palpação digital o sacco vesical distendido pelo ar ou por uma certa quantidade de agua esterillisada introduzida na bexiga por uma sonda metallica provida d'uma torneira.

Com o indicador afasta-se o tecido celluloso e desvia-se o fundo-de-sacco peritoneal anterior, de modo a poder descobrir-se a parede vesical que se reconhece pela sua coloração cinzenta e pela sua vascularisação.

Antes de praticar-se a abertura da bexiga é necessario que ella esteja bem lavada pelas soluções boricada ou

sublimada. E então incisa-se longitudinalmente a parede vesical comprehendida entre duas pinças de Kocher nella applicadas com o fim de, offerecendo ponto de apoio, facilitar a abertura do sacco que pode estar cheio de liquido ou completamente vasio.

Feita uma pequena incisão, faz-se penetrar por ella o index esquerdo sobre o qual se prolonga a abertura, impedindo assim que se leve a porção cervical e o peritoneo, e mantem-se suspensos por meio de dois fios, os labios da ferida vesical.

Afastam-se os bordos da ferida da bexiga e se elles offerecem um espaço insufficiente para permittir as manobras operatorias intra-vesicaes, faz-se o desbridamento d'um dos lados praticando-se as talhas medio-lateral ou medio-bilateral. E então actua-se sobre a prostata fazendo secções cuneiformes das saliencias, quando estas são pediculadas, ao nivel dos seus pediculos, ou extirpando-as por meio de incisões da mucosa que forra a bexiga e que se põe em relação com as porções exuberantes do tecido prostatico, quando estas são desprovidas de pediculo e por esta razão, denominadas sesseis.

Na ablação d'estas saliencias organisadas de modo a

ficarem rentes ao tecido da glandula, isola-se por descollamento a mucosa que as reveste e incisa-se a capsula prostatica para então fazer-se a enucleação da porção prostatica lesada.

Terminado este acto operatorio e feita a hemostasia, sutura-se a capsula prostatica, a mucosa da bexiga, procedendo-se em seguida á sutura da parede vesical, que pode ser completa ou incompleta e á drenagem da bexiga feita pela urethra ou pela região hypogastrica.

Para a extirpação total da prostata por via supra-pubica emprega-se o methodo de Freyer baseado na Anatomia e na Pathologia da glandula.

Sabe-se que a prostata, no estado physiologico, é constituida por duas porções distinctas que se apresentam separadas durante o periodo fetal e que depois se juntam; e no estado pathologico como por exemplo quando ella é hypertrophiada, as duas partes componentes da massa glandular se isolam, se separam formando corpos mais ou menos volumosos e encapsulados. Portanto, com estes dados anatomicos basicos, pode-se dizer que na prostata não existe lobo mediano; e quando este se apresenta tem como origem a expansão ou prolongamento d'um dos lobos lateraes desenvolvido pela hypertrophia.

Esta glandula acha-se envolvida por duas tunicas: uma, constituida por tecido fibroso que protege todo o tecido prostatico, excepto ao nivel das commissuras; e outra tunica ou bainha formada pelo fascía recto-vesical.

E' o primeiro revestimento ou capsula-protectora da glandula que se retira, ficando a bainha recto-vesical perfeitamente conservada afim de impedir a infiltração urinaria nos tecidos frouxos da bacia.

Para proceder-se á operação de Freyer faz-se a lavagem da bexiga com uma solução antiseptica, applica-se pela urethra uma sonda de gomma elastica a mais calibrosa possivel para distender o sacco vesical e pratica-se a cystotomia.

Aberta a bexiga, introduz-se o indicador no recto para fazer proeminar a prostata, e com a unha do indicador da outra mão introduzida no deposito da urina produz-se uma solução de continuidade na mucosa correspondente ao lobo mediano, e assim se chega á capsula prostatica que será destacada da bainha recto-vesical por intermedio da extremidade digital que tambem liberta a face interna do lobo mediano, da urethra.

Ainda com o auxilio dos dedos isola-se a outra porção lobar da glandula, e depois que se perceber pelo tacto que

o orgão glandular acha-se completamente livre dos tecidos visinhos, applica-se-lhe uma pinça e por movimentos de tracção faz-se a ablação de toda a massa prostatica.

Nos individuos moços deve-se proceder á extirpação tota da prostata, por lobos e não em massa, pára que assim se evite lesões dos canaes ejaculadores.

Caso haja muita difficuldade ou mesmo impossibilidade na separação dos lobos pela sua face interna, a urethra não será poupada na operação, isto é, a sua porção correspondente á prostata será destacada juntamente com esta glandula, porem nestes casos surge uma complicação bastante séria representada pela hemorrhagia quasi sempre muito abundante.

Esvasiada a capsula prostatica, do tecido extirpado, hemostasia-se a parte com irrigações quentes e applica-se um dreno intra-vesical durante alguns dias.

Sutura-se a parede abdominal, tendo-se o cuidado de lavar diariamente, atravez do dreno, a bexiga com uma solução antiseptica e continua-se nestas lavagens ou pelo dreno ou pela sonda collocada somente para este fim.

A sondagem permanente da urethra não é empregada por Freyer que deixa completamente livre o canal urethral o que torna difficil a formação de fistulas.

Prostatectomia combinada

Alem dos dois methodos empregados para a ablação da prostata, existe um outro digno de muita importancia e que consiste na extirpação submucosa de toda a glandula ou simplesmente d'uma pequena porção do seu tecido, por uma operação combinada em que se associam as duas vias perineal e hypogastrica.

Esta prostatectomia por via combinada foi concebida por Nicoll, parecendo-lhe ser um methodo de extirpação da prostata, superior aos outros por melhor satisfazer aos fins desejados quer no decurso quer mesmo depois da operação.

E' assim que a hemorrhagia é pouco abundante pelo facto de afastar-se, juntamente com a capsula, a superficie muito vascularisada da glandula, especialmente a das porções anterior e lateral.

A absorpção septica não tem logar porque a cavidade deixada pela ablação do tecido prostatico não retem urina e sim uma substancia antiseptica secca. Ainda mais, havendo grande cuidado póde-se evitar as lesões das paredes da bexiga e da urethra, o que se consegue introduzindo-se

nesta uma bugia e naquella dois dedos. Outra vantagem do methodo consiste, principalmente para os velhos e individuos enfraquecidos, na ausencia do tubo perineal o que permitte ao doente conservar-se assentado no fim de dois dias.

A technica operatoria é a seguinte: Depois da antisepsia rigorosa da bexiga e da parede abdominal, faz-se a incisão d'esta, ligam-se os vasos e applica-se sobre a ferida um pouco de iodoformio. A musculatura vesical é incisada francamente e mantêm-se os labios da ferida por meio de suturas á parede abdominal.

Apóz isto, trata-se de antisepsiar o deposito urinario, de retirar as concreções existentes nas paredes por meio d'uma cureta, e de conservar a bexiga cheia da solução antiseptica emquanto se procede á outra parte da operação que consiste em, introduzindo um indicador esquerdo no recto, fazer uma incisão sobre a linha mediana do perineo, tendo-se antes passado pela urethra uma sonda que será ahi mantida por um ajudante. Chegando-se ao apice da prostata deve-se ter a maxima cautela para não lesar nem a urethra nem a bexiga.

Isola-se o recto da parte posterior da prostata e apóz esta operação, incisa-se a capsula prostatica na sua porção

postero-inferior, desnuda-se a glandula destacando-a do seu involucro, e á medida que o seu descorticamento se faz, deve-se, pela ferida vesical, abaixar a glandula afim de que ella se saliente no perineo, e se isto não acontecer pela falta de espaço sufficiente, recorre-se a uma incisão curvilinea uni-lateral ou bi-lateral partindo da extremidade posterior da incisão perineal media e terminando-se para fóra e para traz, num ponto situado entre o anus e a extremidade ischiatica.

Feita a hemostasia da parte e a antisepsia dos dedos, exercem-se pressões sobre a prostata atravez da ferida hypogastrica, de modo a apresental-a na abertura perineal, de onde ella será extirpada completamenie ou parcialmente.

Terminada a operação, deixa-se na urethra um catheter metallico ou de gomma elastica, lava-se cuidadosamente a ferida perineal que será coberta com gaze iodoformada.

Deve-se conservar livre a parede da bexiga, com uma solução antiseptica, como por exemplo a boricada, lava-se o deposito da urina e applica-se sobre a ferida uma gaze iodoformada de dois em dois dias até completar 15 dias, no fim dos quaes ella é substituida pelas gazes sublimadas.

Ao cabo d'este tempo devem ser suspensas as lavagens vesicaes.

Nos casos em que este methodo foi empregado os resultados obtidos muito satisfizeram.

Observações

I

Pelo illustrado Dr. Pacheco Mendes foram feitas neste Estado duas prostatectomias, tendo elle se servido para realisal-as, da via suprapubica.

No primeiro caso apresentado, tratava-se d'um individuo de côr parda, casado, nomeado Pedro da Cruz, natural deste Estado, residente em Nazareth e apresentando uma hypertrophia prostatica cujo peso era igual a 30 grammas.

Elle teve entrada para o hospital de Santa Izabel no dia 23 de Julho de 1907, onde, sendo anesthesiado pela injecção intra-rachidiana de stovaina, foi operado a 26 de Julho do mesmo anno, havendo suppuração do espaço de Retezius que era cuidadosamente lavado com soluções antisepticas.

Mais tarde, apparecendo no doente um edema da glotte que requereu a tracheotomia, o seu estado comprometteu-se gravemente vindo elle a morrer no dia 16 de Agosto de 1907.

II

No segundo caso a operar, o paciente chamava-se Antonio

dos Santos Moreira, preto solteiro, pedreiro bahiano e residente na Gameleira.

Sua prostata era a séde d'uma hypertrophia.

Entrou para o hospital a 30 de Abril de 1907, submetteu-se á operação a 2 de Junho e a 23 d'este mesmo mez estava elle completamente restabelecido.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas ė cirurgicas

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Os ventriculos cardiacos apresentam internamente saliencias musculares denominadas columnas carnudas que se dividem em tres ordens.

II

A primeira ordem comprehende as columnas que se inserem por uma extremidade nas valvulas do orificio auriculo-ventricular.

III

As duas outras ordens abrangem as columnas livres na sua parte mediana e presas á parede do ventriculo pelas extremidades, assim como as saliencias completamente adherentes á musculatura pariétal.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

Na região inguinal encontram-se varios glanglios dispostos em dois planos.

II

Elles se distinguem em superficiaes e profundos, segundo

se localisam para diante ou para traz do fascia cribiformis.

III

Os primeiros são em numero de dose ou mais; e os segundos em numero de dois ou tres.

HISTOLOGIA

I

A cellula nervosa é um elemento altamente differenciado.

II

Na sua constituição entram duas ordens de prolongamentos: os protoplasmicos e o de Deiters.

III

Os primeiros são em numero de sete e se põem em contiguidade com os outros prolongamentos das cellulas visinhas, emquanto que o prolongamento de Deiters é unico e se continua com o cylindro eixo da fibra nervosa.

BACTEREOLOGIA

I

O bacillo Nicolaïer apresenta uma forma semelhante a d'um alfinete ou á chamma d'uma vela.

II

Elle póde existir no estado de saprophyta até que uma causa qualquer exaltando a sua virulencia o transforma em pathogenico.

III

Os seus esporos são bastante resistentes.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Os tumores se caracterisam pela sua tendencia ao crescimento indefinido.

II

Elles se desenvolvem sem accusar dôr.

III

A proliferação das cellulas que os constituem é exagerada devido á ausencia de elementos nervosos que, como se sabe, refreiam a multiplicação cellular.

PHYSIOLOGIA

I

O figado é uma viscera dotada de grande importancia pelas multiplas funcções que ella desempenha no organismo.

II

As suas cellulas elaboram bilis, assucar, uréa e mesmo gordura.

III

A bilis é lançada na segunda porção do duodeno onde em contacto com os alimentos auxilia a sua digestão completa.

THERAPEUTICA

I

O chlorhydrato de morphina tem as inconveniencias de produzir algumas vezes nauseas, cephalalgia e constipação.

II

Do seu uso prolongado resultam os morphinomaniacos.

III

A dionina não determina aquelles effeitos da morphina e constitue um bom tratamento da morphinomania.

HYGIENE

I

O ar das altitudes é muito recommendado pela sua temperatura e pela pequena quantidade de vapor d'agua que elle contem.

II

Os micro-organismos pathogenicos nelle existentes são raros, attendendo-se ás condições pouco favoraveis ao seu desenvolvimento.

III

O ar atmospherico encerra poeiras mineraes muitas das quaes têm acção nociva sobre o organismo.

MEDICINA LEGAL

I

O segredo profissional rigorosamente observado propor-

ciona ao medico a confiança d'aquelles que necessitam dos seus serviços.

II

Elle não deve ser absoluto.

III

Em casos especiaes a sua revelação é necessaria.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

O beiço de lebre é uma malformação frequentemente observada no labio superior.

II

O seu tratamento consiste no emprego da operação de Mirault, processo verdadeiro.

III

Ha casos em que o processo falso offerece grandes vantagens.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A erysipela é uma dermite de natureza infectuosa.

II

Quando localisada na cabeça e no abdomen o seu prognostico é sombrio.

III

O seu tratamento tem por base a antisepsia.

CLINICA CIRURGICA (1.ª cadeira)

I

As collecções purulentas localisadas no trajecto d'um vaso calibroso podem simular aneurysmas.

II

A distincção está na fluctuação e na ausencia de sopro.

III

O tratamento consiste na eliminação do pus e na antisepsia local.

CLINICA CIRURGICA (2.ª cadeira)

I

Nas intervenções abdominaes deve-se observar 'as mais rigorosas antisepsia e asepsia.

II

A hemostasia local é exigida.

III

As hemorrhagias internas que surgem depois da operação se revelam pelas perturbações que se passam para o lado do apparelho circulatorio.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A pneumonia senil é quasi sempre de difficil diagnostico devido á ausencia dos symptomas que caracterisam a infecção.

II

Muitas vezes o que vem revelar a sua existencia são: a seccura da lingua e a vermelhidão da face.

III

O seu prognostico é grave.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

O escarrho dos pneumonicos offerece pela simples inspecção um caracter de alto valor para o diagnostico da affecção: a sua coloração.

II

A adherencia das secreções bronchicas ás paredes dos vasos que a contem, é um bom signal da infecção pneumonica.

III

O microscopio é quem vem confirmar o diagnostico, revelando a presença do agente responsavel pela pneumonia.

CLINICA MEDICA (1.ª cadeira)

I

Os aneurysmas abdominaes apresentam um cortejo symptomatico muito variado.

II

A dòr que ás vezes os acompanha a tão intensa que força o doente a tomar sobre o leito posições viciosas com o fim de attenual-a.

III

O seu tratamento medico só dá bons resultados no inicio da molestia.

CLINICA MEDICA (2.ª cadeira)

I

Os ankilostomiasicos apresentam quasi sempre um signal que não deve ser considerado como pathognomonico: o desgastamento dos bordos livres dos dentes á custa da sua face interna.

II

Os individuos habituados ao uso do cachimbo podem apresentar esta deformação dentaria sem que exista ankilostomo.

III

O numero de globulos vermelhos é bastante diminuido, d'onde a côr caracteristica dos portadores do verme.

HISTORIA NATURAL

I

A tenia armada é um cestoide que se encontra habitualmente na carne do porco.

II

Neste animal o embryão penetrando na circulação é levado ao tecido conjunctivo intermuscular.

III

No organismo humano a sua presença dá logar a perturbações diversas.

CLINICA MEDICA

I

O iodo é um corpo simples, metalloidico que se apresenta na natureza no estado de combinação.

II

Elle tem uma affinidade para o hydrogenio muito superior que para o oxygenio.

III

E' extrahido em grande quantidade dos azotatos naturaes de sodio existentes no Chile e os quaes encerram iodatos e ioduretos.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O iodo é uma substancia introduzida no organismo pela aguas e vegetaes.

II

Apresenta-se sob a forma de palhetas escuras, soluveis no alcool e pouco soluvel na agua.

III

E' empregado sob a forma de tinctura, interna ou externamente.

OBSTRETRICIA

I

Durante o periodo da gravidez observam-se perturbações circulatorias que dão em resultado o edema dos membros inferiores.

II

As varices são muito frequentes e ás vezes é tal o seu desenvolvimento ao nivel da vulva que podem estabelecer confusões.

III

A sahida do meconio durante o trabalho é um caracter importante que denuncia o estado de soffrimento do feto.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A urina das mulheres gravidas deve ser examinada constantemente afim de que não passe despercebida a existencia de albumina.

II

Esta substancia deve ser combatida com a dieta lactea.

III

Se depois do parto a retenção de urina se prolongar por duas horas, o catheterismo será indicado.

CLINICA OPHTALMOLOGIGA

I

A keratomalacia é frequentemente observada nas creanças athrepsicas.

II

Ella póde determinar perfurações ou mesmo destruição da cornea.

III

No inicio da molestia o diagnostico é baseado na reacção insignificante da conjunctiva.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

O psoriasis se localisa em todas as partes do corpo com excepção da face e das dobras articulares.

II

A syphilis no periodo secundario pode estabelecer confusão com o prariasis guttata.

III

Nos alcoolatas o psoriasis é acompanhado de prurido e offerece um aspecto semelhante ao do eczema.

CLINICA PSYCHIATRICA E MOLESTIAS NERVOSAS

I

A molestia de Landry é caracterisada por uma paralysia ascendente aguda.

III

Ella está ligada a uma lesão do neuroma motor peripherico.

III

Acredita-se que certos germes sejam responsaveis por ella, como por exemplo: o pneumococcus, o meningococcus, o streptococcus, etc.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia
30 de Outubro de 1908.

O Secretario

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES.